

肺癌的微創手術

劉家全醫師

所謂微創手術，顧名思義是指傷口小的意思，也就是不再在皮膚表面切大傷口，改以內視鏡進入體內進行的手術。雖然微創手術英文全名為minimally invasive surgery (MIS)，但實際上，它只是體表造成的傷口小而已，外科醫師在人體內做的事，如切除的組織範圍，並不比傳統手術少，因此認為應改名為minimal access surgery，根據手術器械進入人體方式的不同來命名。其實微創手術存在已經很久了，比如說大家所熟悉的腹腔鏡膽囊切除(laparoscopic cholecystectomy)、泌尿科處理攝護腺肥大的手術--膀胱鏡經尿道攝護腺切除術(TUR-P)，皆是大家耳熟能詳的例子。而隨著微創手術儀器設備的日新月異，經驗累積及技術上的精進，越來越多出自各國不同微創手術中心都提出了長期的追蹤結果，顯示微創手術帶給病人諸多的優點，包含了大幅減低手術在人體所造成的創傷，減輕術後的疼痛，縮短住院天數，讓病人能夠早期下床活動，恢復正常生活，甚至回到工作崗位。長期的追蹤結果更顯示對於癌症病人，尤其是早期病人，微創手術可以達到和傳統開胸手術一樣，甚至更好的治療效果及存活率。所以現在的微創手術可以說已經完全顛覆了以前大醫師大傷口(Big surgeon, big wound)的觀念。

同樣的，胸腔微創手術發展至今已經超過15個年頭，只是早期，在許多昂貴精細的微創手術器材，如自動切開縫合器(EEA linear stapler)、超音波刀(Harmonic scalpel)及LigaSure等，健保還沒給付前，胸腔鏡的臨床運用，大多局限在診斷胸腔或肋膜疾病，或是處理簡單的膿胸、氣胸等小型手術上。但在美國如Duke University等幾個先進的癌症或大型醫學中心，胸腔鏡的肺癌切除手術已經行之有年。對於習慣傳統開大傷口，甚至移除或切段一截肋骨的傳統胸腔外科醫師而言，胸腔鏡微創手術無疑是一大挑戰！雖然大多數的醫師已經習慣於用胸腔鏡去完成一些較小的手術，如手汗症、氣胸、初期膿胸等；但是對於屬於癌症為主的肺葉或食道切除，及根除性淋巴腺摘除手術而言，不管是國內外，大多數的胸腔外科醫師都望而卻步！除了習慣於傳統開胸的大切口，多數的原因不外乎是沒有接受過訓練，信心不足，內視鏡耗材昂貴，沒有足夠的內視鏡手術的器械，或是助手不好等等；其中也不乏有人嘗試縮小傷口至15-25cm，但仍然需要打斷一些胸壁肌肉或者撐開肋骨以達到清楚的外科手術視野，或者使用內視鏡光線當作照明或輔助視野，宣稱為胸腔內視鏡手術者。其實胸腔鏡手術-Video Assisted thoracis Surgery 本來就是一個定義不夠嚴謹的名稱，而且各個胸腔外科MIS center使用的器械，傷口位置，開刀的適應症也不盡相同。大部分專精於微創手術醫師會同意，只有完全透過胸腔鏡顯像於螢幕上的影像利用1-2個2公分的小傷口，及一個約4-6公分前胸壁的切口，來操做及移除切除的肺葉腫瘤標本的才算

是此類手術；而且大多不贊同使用肋骨撐開器或者是打斷切除肋骨。大家也都同意傷口越小疼痛越少，住院恢復期越短越好，以符合MIS微創手術的精神。

在發展新的治療，尤其是手術時，醫學進步和病人權益往往是相抗衡的。沒有病人會願意拿自己的生命去當試驗品或白老鼠，同樣沒有任何一位認真負責的好醫師願意讓自己的病人因此而遭受到危險。但醫學的進步，尤其是外科手術的進步是絕對須要付出代價的，如何在當中求得平衡，確實需要審慎仔細的評估。現代醫學，尤其是把病人安全擺第一的醫療機構，早應該跳脫買了新儀器就大打廣告，四處宣傳，以為花大錢就買新儀器就等於買到高醫療水準的錯誤觀念，而忽略了病人的安全及品質的追求。

事實上，在影像系統的輔助下，胸腔鏡微創肺切除手術可以做得比傳統手術更仔細，而且可以「清得更乾淨」。內視鏡高解晰度的影像品質甚至超過肉眼可以區分的程度，甚至已經有3-D 立體影像技術已經上在機器人手術-達文西系統上實際運用中。近年內視鏡器械系統如超音波刀、自動縫合器上的發展更是突破外科傳統的切開、縫合、綁線技術，而進入了全新的領域。但擁有高價精密的醫療器材並不等於高品質的醫療；微創手術的發展及演進過程還是必須達到傳統手術相同的結果，才能使所有的醫師，尤其是堅持傳統手術的醫界大老們信服。尤其在根除癌症的手術上更不能馬馬虎虎，至今已有多篇的醫療文獻及癌症治療準則、認同，高水準微創大腸癌及肺癌手術的結果不僅與傳統手術一樣，甚至存活率往往還超越傳統手術。

和信治癌中心醫院在2005年正式成立了微創手術委員會-MIS(Minimally invasive surgery) Committee，專職主導及監督所有微創手術的發展及進行。在病人安全為第一，使用合理的醫療設備，及足夠的教育訓練下，發展微創手術。在黃達夫院長及外科部陳啟明主任主導下，各外科次專科微創手術種子醫師開始參與多項教育訓練計劃，參與國內外微創手術會議，添購新型微創手術器械，制定微創手術適應症及標準流程，並全面追蹤結果及檢討改進，以求得病人安全的保障及醫療品質的提昇。現今已在胸腔外科、大腸直腸科及泌尿科等科別上看到優異的成績。

就胸腔外科而言，從2005年外科部決定全力發展微創手術後，我們參加了一系列以微創手術為主的會議及訓練，其中當然不乏向前輩請益；如基隆長庚劉會平副院長；到香港中文大學的觀摩嚴秉權教授手術；及參加亞太內視鏡手術醫學會等，讓我們對於胸腔內視鏡肺葉切除手術有更多的領悟和精進。到2009年12月時，在嚴格遵守微創手術委員會的規定，以病人安全為優先，不違反腫瘤外科手術的原則下，我們已經有200例的胸腔內視鏡肺葉切除手術的經驗並發表於國內胸腔外科醫學會議上，引起廣大迴響。為了能夠精益求精，在黃達夫院長，外

科部陳啟明副院長的支持下，我們也到美國東岸杜克大學醫院觀摩見習。杜克大學醫院已持續成為全美排行前十名內的教學醫學中心。Thomas A D'Amico醫師從1998年開始致力於胸腔微創手術之執行教學及訓練，目前已經在國際醫學會議及期刊發表超過500例之胸腔鏡肺葉切除術，也曾於2006年應台灣心胸外醫學會邀請來台演講。在杜克大學觀摩的3個月中，的確看到了不同的手術原則及教學方法，使得我們相信一個好的，成熟的手術技術應該是可以傳授下去；而非只局限於一些所謂天賦異稟的外科醫師。在2008年，我們更遠赴日本與福岡大學附屬醫院進行交流，並參加2008年於日本橫濱舉辦的世界內視鏡手術醫學會議，見識最新的微創手術方法及儀器設備。我們也在今年2009的亞洲胸腔及心臟血管醫學會上發表我們在肺癌及食道癌微創手術的成果。

目前和信治癌中心醫院胸腔微創團隊已經執行超過200例的胸腔鏡肺癌根除手術及50例以上食道癌切除及重建手術。而且胸腔微創手術也更廣泛運用於轉移性肺癌，縱膈腔腫瘤摘除等。實際上本院在2009年超過90%以上的胸腔外科手術都是用胸腔鏡微創手術來完成的。這些成果不只反應於病人的滿意度上；更由於住院天數縮短，病床應用效率增加，使得醫院的收入也增加，讓醫院朝向精緻醫療邁進一大步。

微創手術的成功決對不是一個外科醫師的功勞，而是一個微創手術團隊及病人共同的成果。醫院相關部門的長官，尤其是院長及外科部主任的遠見及支持，更是重要。而在微創手術團隊成熟後，最重要的任務應該是要推廣及教育，以造福病人及促進醫療水準的提昇，進而創造醫療院所、健保及病人三贏的局面。